



TREINAMENTO COMERCIAL


EXTRAMED
Administradora de Benefícios

ANS - nº 41420-4



A Extramed

A EXTRAMED é uma Administradora de Benefícios pioneira no registro na ANS* (desde 2001) com atuação nacional;

Oferecemos aos nossos clientes as melhores opções em planos de saúde e odontológico das mais tradicionais operadoras do mercado;

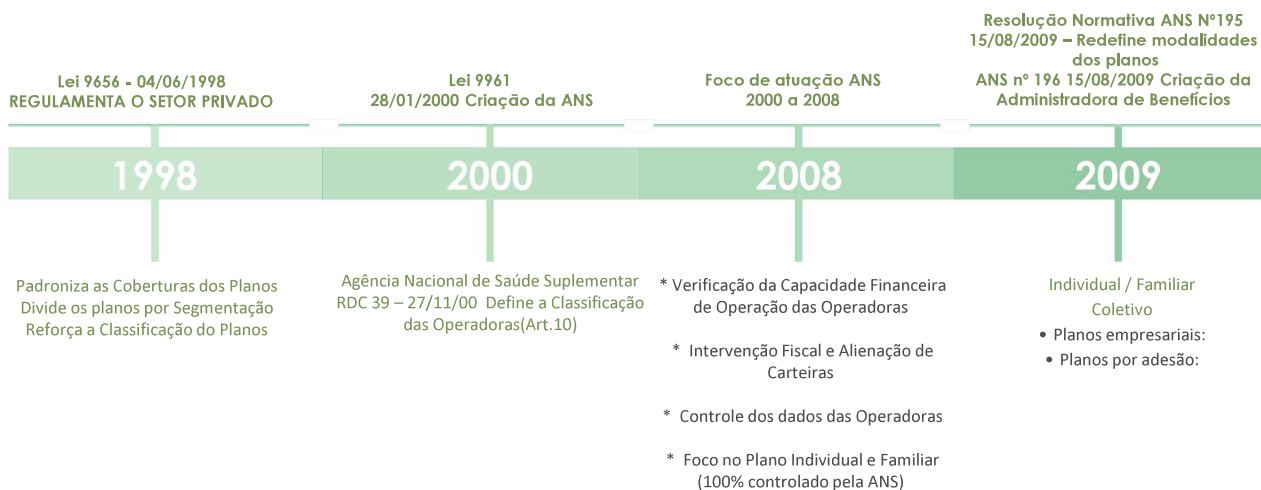
Há mais de **15 anos** administramos planos de saúde para entidades de classe com excelentes índices de satisfação dos usuários. Hoje, são mais de 170 entidades ativas em todo o Brasil.

*Agência Nacional de Saúde Suplementar





Resolução Normativa





O que é Plano Coletivo por Adesão?

O plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- Sindicatos, associações, federações e confederações;
- Conselhos profissionais;
- Cooperativas de profissões regulamentadas;
- Caixas de assistência e fundações de direito privado;

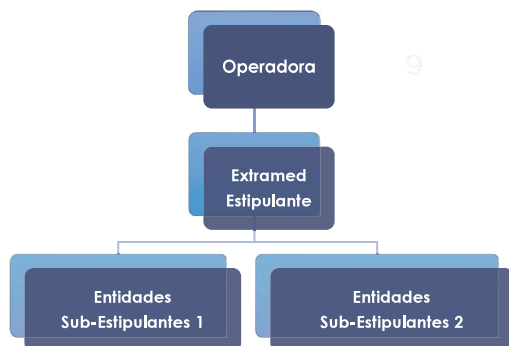
A EXTRAMED não atua com entidades de Estudantes e Profissionais Liberais.





Qual a Função da Administradora?

Como funciona uma Administradora de Benefícios?



OBS.: Não se aplica para as Operadoras Unimed e Dental Uni.

A partir das Resoluções Normativas 195 e 196 da ANS – Agência Nacional de Saúde, foi criada a figura da Administradora de Benefícios que tem a responsabilidade de contratar planos coletivos na condição de Estipulante, oferecendo planos de saúde (médicos e odontológicos) aos associados das entidades, apoio técnico e operacional, além da emissão de boletos das parcelas do plano de saúde.

A Administradora oferece todo apoio na implantação e divulgação do plano e assume o risco decorrente da inadimplência, vinculando ativos garantidores suficientes para a manutenção da saúde financeira do plano.





Vantagens para o cliente

- Isenção de Taxa de adesão/cadastro.
- O cliente paga somente 12 parcelas no período de um ano.
- Várias modelagens de planos que permitem contratar aquele que melhor convém ao perfil e orçamento dos associados filiados às entidades.
- Excelente relação custo x benefício, com tabelas de valores diferenciados.
- Disponibilizamos nossa equipe de atendimento altamente capacitada com serviço diferenciado aos nossos clientes de acompanhamento:

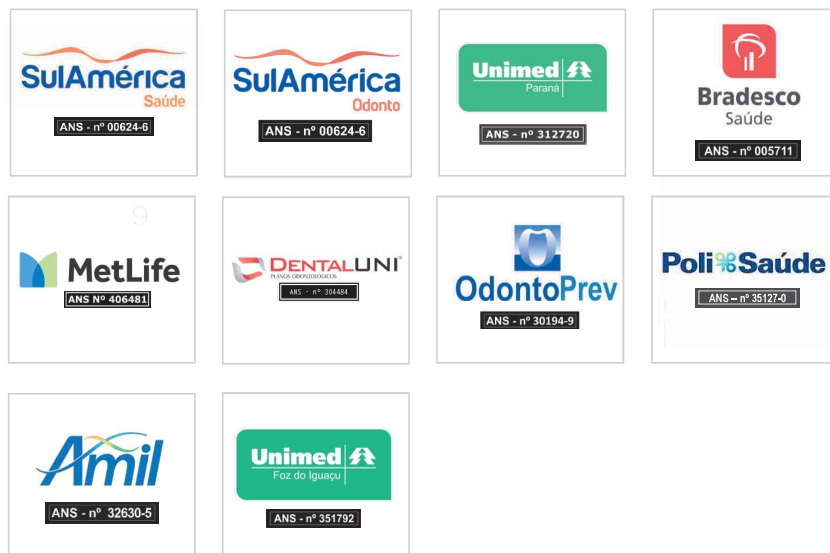
Autorização prévia
Prévia de reembolso
Orientação quanto utilização



Atualmente a Extramed possui mais de 200 Entidades na sua apólice principal



Operadoras parceiras



**SEGURO SAÚDE COLETIVO POR
ADESÃO SULAMÉRICA**



SulAmérica
Saúde

TRADIÇÃO E SOLIDEZ

- Maior seguradora **independente** do Brasil
- 120** anos de existência
- Sede no Rio de Janeiro
- 90** filiais
- 35 CASAS** (Centro Automotivo de Super Atendimento)



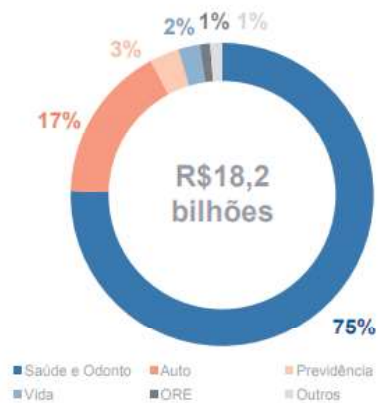
- + de **7** milhões de clientes
- + de **5** mil funcionários
- + de **30 mil** corretores ativos
- + de **20 mil** prestadores de serviços de saúde
- + de **33 mil** oficinas credenciadas

SEGMENTAÇÃO DOS PRÊMIOS DE SEGUROS

Destques financeiros




Composição da receita





CARACTERÍSTICAS DO PLANO COLETIVO POR ADESÃO SULAMÉRICA

- ✓ Várias opções de Plano com diferentes padrões de Reembolso, permitindo a livre escolha do Prestador.
 - ✓ Rede Referenciada Nacional.
 - ✓ Todos os planos com cobertura de Obstetrícia.
 - ✓ Cobertura para eventos hospitalares, ambulatoriais, exames e consultas conforme Rol de Procedimentos da ANS.
 - ✓ Reembolso das despesas cobertas até o limite do plano escolhido.
 - ✓ Planos sem ou com coparticipação.
 - ✓ Adesão Opcional de cônjuge e filhos solteiros sem limite de idade
- 

BENEFÍCIOS

- Mais de 10.000 Farmácias e Drogarias credenciadas.
- Até 65% de Desconto em mais de 3.500 Medicamentos e Dermocosméticos.
- Aplicativo para Smartphone SulAmérica Saúde.
- Programa Saúde Ativa: Conjunto de iniciativas de promoção à saúde e prevenção de doenças e seus agravos.
 - Orientação Médica
 - Médico na tela
- Acesse: sulamerica.com.br/saudeonline



BENEFÍCIOS

Serviços do SulAmérica Saúde Ativa



Orientação Médica Telefônica

Orientações em saúde, na hora que precisar e sem sair de casa.

[Veja mais](#)



Médico na Tela

Uma moderna ferramenta de gestão de saúde para ajudar a manter uma vida mais saudável.

[Veja mais](#)



Psicólogo na Tela

Mais uma alternativa para você cuidar da sua saúde mental. Mais conforto, acolhimento e cuidado 7 dias por semana.

[Veja mais](#)



Para Empresas Clientes

Todo suporte para as empresas implantarem ações de gestão de saúde populacional para seus colaboradores.

[Veja mais](#)





REDE REFERENCIADA

A Rede Referenciada da SulAmérica é Nacional e é formada por médicos, clínicas, hospitais e laboratórios de alta qualidade.

9
Para utilização é necessário apresentar:

- O cartão de identificação ou cartão virtual pelo aplicativo para Smartphone SulAmérica Saúde.
- Documento com foto.



REEMBOLSO




- O segurado poderá solicitar reembolso, até os limites previstos no plano, dos valores gastos fora da rede credenciada no Brasil e no exterior (Clássico, Especial 100 e Executivo).
- As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas em moeda corrente pelo câmbio da data da utilização, respeitado o limite do plano e Rol da ANS.
- O prazo para estes reembolsos é de 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa na seguradora.
- Todos os documentos para reembolso devem ser encaminhados para a Extramed.



VIGÊNCIA E REAJUSTE DO PLANO

ATUALIZAÇÃO DE VALORES

- A vigência da apólice mestra da Extramed é Anual, com renovação no dia 01 de Setembro.
 - Vigência Mensal dos Contratos - Coincidente com o mês civil.
 - Correção por Faixa Etária.
 - Avaliação Anual (**Setembro**) por Sinistralidade, calculado com base na Apólice Mestra da Extramed.
 - Reajuste Financeiro, calculado com base no índice de correção Médica estabelecida para a Seguradora.
- 



Pagamento de Prêmio Boleto

- Os planos administrados pela Extramed operam com suas faturas vencendo no **dia 30 do mês** anterior a cobertura, para pagamento em qualquer Banco do sistema de compensação.
- Vencido o limite de prazo para pagamento consignado no documento de cobrança, o valor do prêmio mensal, acrescido de multa e do juro aqui estabelecidos, será lançado no documento de cobrança do mês subsequente, acumulando-se portanto duas mensalidades que deverão ser quitadas em conjunto e pelo total.



O prazo de cancelamento por inadimplência é de 30 dias.





FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO



EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO DE BENEFÍCIOS

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

BRADESCO ITAÚ SANTANDER BANCO DO BRASIL (código contábil 026754)

Titular Conta Corrente / Beneficiário(a): _____
CPF: _____
Estipulante: _____
Operadora: _____
Produto: _____
Dados Bancários: Agência: _____ Conta Corrente: _____

1) Da autorização
O banco acima determinado, fica a partir desta data autorizado a debitar em minha conta corrente, o valor informado pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, CNPJ 01.747.887/0001-75, para quitação do compromisso acima descrito, na data do seu respectivo vencimento, via sistema de débito automático.

2) Da provisão de saldo
I. Comprometo-me a provisionar e manter em minha conta corrente acima indicada, saldo suficiente para suportar o débito relativo a conta cadastrada, na data do seu respectivo vencimento.
II. Caso não haja fundo suficiente e/ou disponível na conta corrente informada, para pagamento total da conta cadastrada, o banco, a seu exclusivo critério, poderá efetuar os correspondentes pagamentos, mediante a elevação dos débitos na conta corrente informada até montante ali suficiente e/ou disponível. Com relação ao valor complementar pela instituição bancária acima, este será considerado como concedido aos clientes a título de Adiantamento e Depositante e transferido para o sistema de MORA do banco.
III. Os valores concedidos a título de Adiantamento a Depositante nos termos do item anterior, deverão ser por mim restituídos ao banco acrescidos de juros calculados as taxas divulgadas no quadro de tarifas efetivadas nas agências do banco que serão contabilizadas da data de concessão do adiantamento até a efetiva restituição.

3) Do prazo de vigência
A presente autorização vigorará por prazo indeterminado, podendo entretanto ser cancelada a qualquer tempo, por ambas as partes.

4) Da confirmação de inclusão
Esta autorização será confirmada pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** por meio de mensagem específica no envio de comunicação da mensalidade. O cliente, desde já, declara-se cliente de que enquanto não houver a confirmação fica obrigado a quitar a mensalidade através de boleto bancário.

Local e Data: _____ Assinatura do Titular da Conta Corrente: _____

Extraméd Administração de Benefícios Ltda - Registro ANS 41420-4
Rua Desembargador Cleber Portugal, 243 CEP 50410-220 - Curitiba - Paraná
E-mail: ruclestendmento@extramed.com.br Fone: (41) 3058-8700

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

Extraméd Administração e Serviços Médicos Ltda

Caixa Econômica Federal Data: _____ R\$ _____

Nome da Agência	Operação	Número Conta/DV
_____	_____	_____

Nome do Cliente: _____ CPF: _____

Nome de Conveniente	Código de Conv.	Identificação do Cliente (4 dígitos + CPF)
med Adm. e Serviços Médicos LTDA	15418211 0001	0000000000000

20 Fátima Faria 002 - Pádua Junqueira 013 - Pousada Petrus Fátima02 - Pousada Junqueira02 - Conta Salário

Importante: O débito será efetuado somente se houver saldo suficiente

Assinatura do titular da conta: _____ Assinatura autorizada (Gerente Agência): _____

Da autorização
O banco acima determinado, fica a partir desta data autorizado a debitar em minha conta corrente, o valor informado pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, CNPJ 01.747.887/0001-75, para quitação do compromisso acima descrito, na data do seu respectivo vencimento, via sistema de débito automático.

Da provisão de saldo
I. Comprometo-me a provisionar e manter em minha conta corrente acima indicada, saldo suficiente para suportar o débito relativo a conta cadastrada, na data do seu respectivo vencimento.
II. Caso não haja fundo suficiente e/ou disponível na conta corrente informada, para pagamento total da conta cadastrada, o banco, a seu exclusivo critério, poderá efetuar os correspondentes pagamentos, mediante a elevação dos débitos na conta corrente informada até montante ali suficiente e/ou disponível. Com relação ao valor complementar pela instituição bancária acima, este será considerado como concedido aos clientes a título de Adiantamento e Depositante e transferido para o sistema de MORA do banco.
III. Os valores concedidos a título de Adiantamento a Depositante nos termos do item anterior, deverão ser por mim restituídos ao banco acrescidos de juros calculados as taxas divulgadas no quadro de tarifas efetivadas nas agências do banco que serão contabilizadas da data de concessão do adiantamento até a efetiva restituição.

Do prazo de vigência
A presente autorização vigorará por prazo indeterminado, podendo entretanto ser cancelada a qualquer tempo, por ambas as partes.

Da confirmação de inclusão
Esta autorização será confirmada pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** por meio de mensagem específica no envio de comunicação da mensalidade. O cliente, desde já, declara-se cliente de que enquanto não houver a confirmação fica obrigado a quitar a mensalidade através de boleto bancário.

Extraméd Administração de Benefícios Ltda - Registro ANS 41420-4
Rua Desembargador Cleber Portugal, 243 CEP 50410-220 - Curitiba - Paraná
E-mail: ruclestendmento@extramed.com.br Fone: (41) 3058-8700

Caixa Econômica - não preencher valor

Pagamento de Prêmio Débito

- ITAÚ
- SANTANDER
- BANCO DO BRASIL
- BRADESCO
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

➤ Débito realizado até o dia 05 do mês da cobertura.



**SEGURO SAÚDE COLETIVO POR
ADESÃO SULAMÉRICA**


SulAmérica
Odonto





Planos

Odonto Mais

Coberturas

Rol Ampliado

Reembolso

1 x

PLANO ODONTO MAIS COBERTURAS ADICIONAIS DO ROL

DIAGNÓSTICO

- Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria
- Diagnóstico e Tratamento de Trismo
- Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais
- Exame Admissional
- Teste de capacidade tampão da saliva
- Teste de contagem microbiológica

RADIOLOGIA

- Radiografia antero-posterior
- Radiografia pósterio-anterior
- Técnica de localização radiográfica

ODONTOPEDIATRIA

- Mantenedor de espaço removível

DENTÍSTICA

- Tratamento de fluorose – microabrasão

PERIODONTIA

- Manutenção Periodontal
- Sepultamento radicular

CIRURGIA

- Cirurgia de cementoma
- Cirurgia de fibroma
- Curetagem apical
- Exodontia de incluso/impactado supra numerário
- Exodontia de semi-incluso/impactado supra numerário
- Remoção de tamponamento nasal
- Retirada de corpo estranho orontral ou oronasal da região buco-maxilo-facial
- Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial
- Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
- Tracionamento de raiz residual
- Marsupialização de cistos odontológicos

ENDODONTIA

- Clareamento de dente desvitalizado
- Mumificação Pulpar

DISFUNÇÃO TEMPORO MANDIBULAR (DTM)

- Consulta de avaliação de DTM
- Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM

ODONTOPEDIATRIA

- Mantenedor de espaço removível

• Consulta: R\$14,00



Cobertura Parcial Temporária

- Havendo a informação de doença ou lesão preexistente por parte do Beneficiário, a Seguradora
- oferecerá a Cobertura Parcial Temporária – CPT, por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos.

ATENÇÃO! Cobertura Parcial Temporária – CPT

NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher

a Declaração de Saúde!

Ciência do Cliente

EXTRAMED

Curitiba, 15 de abril de 2015.

A (s)
Sr (s) Nome.

Ref: Cobertura Parcial Temporária

Prezado (s) Senhor (s),

Conforme previsto na sua solicitação de adesão e respeitando a determinação da Resolução Normativa da ANS Nº 182 de outubro de 2007, informamos que a operadora, optou pela implantação de Cobertura Parcial Temporária de 24 meses para os Procedimentos de Alta Complexidade referenciada em sua Declaração de Saúde.

Nome do Proponente	CID	Descrição da Patologia
Nome	110	Hipertensão Essencial (Primária)
Nome	H.S.T.	Miopia

Data: / / Início de vigência: 21/05/2015

Cliente e de acordo:

Resaltamos que nos casos onde existem doenças e lesões preexistentes a implantação de todos os procedimentos será com carência.

Aguardamos sua manifestação formal de aceitação até o prazo de 10 dias corridos, a contar do recebimento desta. Findo este prazo sem que já tenhamos recebido o retorno sobre a aceitação da Cobertura Parcial Temporária a solicitação de adesão ficará automaticamente sem efeito, permanecendo o interesse na adesão, deverá ser encaminhada nova solicitação de adesão.

Agradecemos a oportunidade de contato e colocamos ao inteiro dispor para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

cab

EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

